



Jueves 19 de octubre de 2006

**Mesa redonda:  
"Uso racional de medicamentos"**

**Moderador:**

José Mengual Gil

*Pediatra, CS Oliver, Zaragoza.*

■ **La resistencia a antibióticos:  
un problema pediátrico**

José Campos Marqués

*Laboratorio de Antibióticos. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda, Madrid.*

■ **Alertas y reacciones adversas de medicamentos**

Alfonso Rodríguez Pascual

*División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.*

■ **Uso racional de fármacos. Influencias y conflictos en la prescripción**

Alfredo Cano Garcinuño

*Pediatra, CS Villamuriel de Cerrato, Palencia.*

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Cano Garcinuño A. Uso racional de fármacos. Influencias y conflictos en la prescripción. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 77-89.



# Uso racional de fármacos. Influencias y conflictos en la prescripción

Alfredo Cano Garcinuño

*Pediatra, CS Villamuriel de Cerrato, Palencia.*

[acanog@compalencia.org](mailto:acanog@compalencia.org)

## RESUMEN

La prescripción, como todas las actuaciones médicas, está inmersa en el marco cultural y social donde se realiza. Aunque se da por supuesto que la prescripción se basa en la aplicación de los mejores conocimientos del médico en busca del mejor interés de los pacientes, existen muchos condicionantes que pueden hacer que eso no sea así. Los actores que intervienen en la prescripción no son sólo el médico y el paciente. En ese instante se hacen presentes las influencias de instancias como la administración sanitaria, la legislación, la industria farmacéutica, la estructura de la asistencia sanitaria, etc. Todas esas influencias pueden crear conflictos entre sí. Desde la Atención Primaria, los principales conflictos surgen con la institución donde se trabaja, con la asistencia hospitalaria, con la industria farmacéutica y con los propios pacientes. Esas cuatro potenciales fuentes de conflicto son analizadas aquí. Aunque no hay métodos sencillos y universalmente válidos para lidiar con éxito con estas influencias, conocerlas y reconocerlas puede ayudar al médico a tomar sus propias decisiones.

La conferencia de expertos de la OMS sobre el uso racional del medicamento (Nairobi, 1985)<sup>1</sup> estableció que para un uso racional es preciso que se recete el medicamento apropiado, que se disponga de éste oportunamente y a un precio asequible, que se despache en las condiciones debidas y que se tome en la dosis indicada y en los intervalos y durante el tiempo prescritos. El medicamento apropiado ha de ser eficaz y de calidad e inocuidad aceptables. A las características de una prescripción apropiada, segura y efectiva se añadió el criterio de la eficiencia para describir la "farmacoterapia racional"<sup>2,3</sup>. Y en 1995 Barber<sup>4</sup> sumó un nuevo criterio: respetar las elecciones del paciente.

Alcanzar todos esos objetivos en la prescripción no resulta tarea fácil. Como señala Martín Moreno<sup>5</sup>, en el momento de la prescripción intervienen muchos actores: el médico, el paciente, la legislación, la entidad gestora, la industria, cada uno con sus intereses y deberes. Y de la confrontación de intereses de todas esas partes surgen las presiones y los conflictos.

La prescripción médica se ha convertido casi exclusivamente en prescripción farmacéutica. En el Sistema Nacional de Salud se facturan más de 17 recetas cada año por persona protegida<sup>6</sup>. Pero no puede dejar de llamar la atención que en la lista de los diez medicamentos con mayor volumen de ventas mundiales en 2005 sean mayoría los que no son de primera elección para ninguna patología<sup>7</sup>. Estos argumentos hacen pensar que los fármacos se están prescribiendo en exceso y de una manera que no está de acuerdo con los conocimientos médicos actuales.

Hay muchos estudios de investigación, aparte de editoriales y revisiones, que han tratado el problema de los conflictos en la prescripción médica. En la medida de lo posible, aquí se intentarán revisar los aspectos más importantes en la Atención Primaria: la influencia de los incentivos, de la prescripción inducida, la industria farmacéutica y los propios pacientes.

## INCENTIVOS

El médico tiene un compromiso ético con cada uno de sus pacientes, para los que debe procurar la mejor atención posible. Pero el médico que ejerce dentro de una institución sanitaria actúa como un "agente doble"<sup>8</sup>, con obligaciones tanto hacia sus pacientes como hacia la institución para la que trabaja. Cuando se trata de una institución pública, esas obligaciones se refieren a la prestación de unos servicios públicos de calidad, el uso adecuado de los recursos disponibles, y el mantener la equidad y justicia del sistema. Esos objetivos parecen fáciles de compartir por cualquier médico. En la práctica, la situación es que los modelos de ejercicio profesional son muy diferentes en cuanto a calidad de la atención prestada, la dedicación, la implicación en la mejora de los servicios, el uso racional de los recursos disponibles, etc. Por ello, incentivar al mé-

dico por parte de la institución se ha vuelto un modelo generalizado en todos los países desarrollados. Estos incentivos suelen dirigirse a logros conseguidos en alguno de estos tres aspectos: uso de recursos, calidad de la asistencia y satisfacción de los pacientes.

## Incentivos y conducta de los médicos

Los incentivos pueden ser implícitos o explícitos (tabla I)<sup>9,10</sup>. La influencia de distintos modos de "incentivos implícitos" (salario, capitación, pago por servicio) ha sido objeto de una revisión Cochrane<sup>11</sup>. Sólo cuatro estudios, dos de ellos pediátricos, reunieron los criterios de inclusión establecidos. Las conclusiones fueron que la cantidad de los servicios prestados es mayor cuando se paga mediante tarifa por servicio que cuando se paga mediante salario o capitación.

En cuanto a los incentivos explícitos o por objetivos, han sido objeto de dos revisiones<sup>12,10</sup>. Algunos estudios observacionales ponen de manifiesto que esos incentivos económicos influyen en limitar el uso que los médicos hacen de algunos recursos<sup>13,14</sup>, y en aumentar la calidad de la atención según criterios previamente definidos<sup>15-17</sup>. Hay también varios ensayos clínicos que investigan el efecto de los incentivos en la cobertura de actividades preventivas<sup>18,19</sup> con resultados positivos sólo cuando el incentivo económico tiene una cuantía importante.

La opinión de los médicos sobre los incentivos es dispar. Como escribieron Prieto y cols "aunque teóricamente todos los profesionales preferimos un sistema de incentivos que premie al mejor, en la práctica si el sistema establecido no nos trata a cada uno como al mejor, es posible que lo calificamos de parcial, injusto o arbitrario". La "productividad variable" en función de objetivos establecidos por la institución se califica por los profesionales de injusta y causante de desmotivación y tensiones<sup>20,21</sup>. En Estados Unidos, donde se han introducido en las dos últimas décadas incentivos de distinto tipo, varios estudios han señalado que los médicos sienten que esos incentivos comprometen el adecuado cuidado de sus pacientes<sup>22</sup> y que disminuyen la confianza que los pacientes depositan en ellos<sup>23</sup>. Hay dos estu-

**Tabla I. Tipos de incentivos de las instituciones sanitarias**

- Económicos

- Implícitos
  - Salario variable. En España, el régimen de empleados públicos de los médicos del Sistema Nacional de Salud imposibilita esta opción.
  - Pago por servicios. Escasamente utilizado en Atención Primaria en España, sí en Atención Hospitalaria ("peonadas") como complemento al salario.
  - Capitación. Se establece un presupuesto general para el funcionamiento de un centro sanitario. Aquello que no se gaste en prescripciones, pruebas, etc., revierte en la paga de los empleados. Es el modelo de la "autogestión" de algunos centros.
- Explícitos
  - Retenciones. Un porcentaje definido de los ingresos de los médicos es retenido por la institución y entregado sólo si se cumplen determinados objetivos.
  - Bonos. Más allá del salario del médico, el cumplimiento de determinados objetivos supone pagos extraordinarios. Es el modelo más extendido en España, como "productividad variable".

- No económicos

- Facilidades para formación continuada.
- Facilidades para investigación.
- Sustitución en las consultas.
- Estabilidad del puesto de trabajo.
- Mejora del ambiente laboral.
- Promoción profesional.
- Reconocimiento de méritos.

dios americanos interesantes, porque investigan el impacto que los acuerdos financieros entre médicos y pagadores tienen en la sensibilidad de los pacientes. Uno es una encuesta a pacientes que indicó que se sentirían incómodos si sus médicos fuesen pagados mediante capitación<sup>24</sup>. El otro es un ensayo aleatorio donde los pacientes a quienes se reveló el sistema de incentivos de sus médicos mantuvieron o aumentaron su confianza en ellos<sup>25</sup> (aunque se trataba de incentivos que no incluían limitación de prestaciones de cualquier tipo). Esta opinión de los pacientes es importante: los acuerdos financieros que los médicos preferirían que sus pacientes no conocieran están bajo sospecha de ser éticamente (y estéticamente) cuestionables<sup>26</sup>.

### Incentivos y prescripción

Hay pocos datos de cómo influyen los incentivos en la prescripción. Casi la totalidad de los médicos que respondieron a la encuesta sobre calidad de la prescripción realizada en 2004 por la OMC consideraron que la experiencia y el desarrollo profesional eran más importantes

que los incentivos económicos para determinar la calidad de su prescripción<sup>27</sup>. En esa encuesta, aunque un 70% consideraba adecuado establecer incentivos por conseguir "resultados eficientes", el 60% no consideraba aceptables los incentivos en función de conseguir "ahorros en el gasto".

Los incentivos ligados a la prescripción son a veces duramente criticados por algunos profesionales<sup>28</sup>, pero las proclamas en favor de una vaga "libertad de prescripción" no pueden ya seguir usándose. La declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC<sup>29</sup> establece que "el médico no puede actuar según conceptos ya superados de la libertad clínica basada en la intuición, en el dato anecdótico o en el mero empirismo. Ha de hacerlo conforme a una noción actual de la libertad de prescripción, libertad que consiste hoy en la capacidad del médico de elegir, entre las intervenciones disponibles, la que más conviene a su paciente, tras haber sopesado su validez y utilidad; de haber decidido, atendiendo a criterios de seguridad y eficacia, la más idónea y adecuada a la circunstancia clínica concreta de su

paciente y de haber obtenido de éste el necesario consentimiento”, que “la libertad de prescripción implica también tener en cuenta los aspectos económicos de las decisiones médicas”, y que la libertad de prescripción “excluye la prescripción, a veces incentivada, de productos de baja o nula utilidad terapéutica o de remedios de precio más elevado cuando su eficacia es idéntica a la de otros de costo inferior”.

Indudablemente, establecer criterios de calidad en la prescripción no es fácil<sup>30</sup>. Los indicadores que se crean a veces están sesgados y dan más peso a las cuestiones que más interesan a quien los formula. La dificultad parece ser aún mayor en pediatría: el Instituto Catalán de la Salud elaboró en 2005 criterios específicos de calidad de prescripción de los médicos de familia para nueve tipos de fármacos, pero sólo fue capaz de elaborar un criterio de calidad (prescripción de antibióticos) para los pediatras<sup>31</sup>. La dificultad de medir la calidad de la prescripción suele resolverse por la vía más sencilla de evaluar indicadores de consumo farmacéutico.

En España se pueden analizar algunos casos de influencia de incentivos económicos sobre la prescripción de los médicos de Atención Primaria:

- El Insalud, desde la década de los noventa, estableció incentivos por ahorro en farmacia. Esos incentivos se distribuían por gerencias de Atención Primaria, de modo que a veces un equipo de Atención Primaria que cumplía los objetivos no recibía incentivos porque el conjunto de la gerencia no los cumplía. Desde 1997 se modificó el sistema y el EAP pasó a ser la unidad donde se medía el cumplimiento. Por fin, en 2000 el Insalud introdujo un sistema de incentivos individuales ligados a la prescripción de genéricos (125.000 pesetas semestrales, unos 750 euros, si la prescripción de genéricos superaba el 6%).
- En Galicia, una de las comunidades con menor prescripción de genéricos, la Xunta de Galicia instauró en el año 2003 un sistema de incentivos económicos ligados a la prescripción de genéricos.

- A principios de 2004, la Consejería de Salud del Gobierno Balear dio a conocer un nuevo incentivo de hasta 6.000 euros para los médicos de Atención Primaria si su gasto en prescripciones no aumentaba más del 8,5% y se cumplían otros criterios de calidad.
- A principios de 2005, la Consejería de Sanidad de Castilla y León hizo público un “índice sintético” de prescripción en Atención Primaria que incluía la prescripción de genéricos, de novedades que no suponen mejora terapéutica, de medicamentos incluidos en el sistema de precios de referencia, y la desviación en el gasto farmacéutico ajustado por persona respecto a su área sanitaria. Alcanzar determinado umbral de ese índice suponía un incentivo de 2.600 euros.

En todos esos casos se produjeron cambios importantes en el perfil de prescripciones<sup>32</sup> en el sentido de la conducta incentivada. Evidentemente, otros muchos factores pueden haber influido en ese resultado: oscilaciones en la patología atendida, variaciones poblacionales, incremento de los principios activos con especialidades genéricas, limitaciones al aumento de precio de los fármacos, etc. Sin embargo, la consistencia de resultados da credibilidad a la hipótesis de que hubo un cambio en la conducta, y que ese cambio fue motivado por los incentivos económicos.

En conclusión, los incentivos económicos explícitos parecen influir de manera directa en la conducta de los médicos a la hora de prescribir. Las instituciones sanitarias deberían ser cuidadosas en la formulación de objetivos de prescripción y hacer un esfuerzo por incentivar la buena prescripción, entendida en un sentido mucho más amplio que la contención del gasto.

## PRESCRIPCIÓN INDUCIDA

Una de las más peculiares características del sistema sanitario español es que los médicos de Atención Primaria, aparte de ejercer como médicos con plena capacidad, se encargan de recetar tratamientos que no han

sido prescritos por ellos y con los que, en muchas ocasiones, no están de acuerdo.

El fenómeno de la prescripción inducida es característico de España. Prácticamente toda la bibliografía que existe sobre el tema es española. Mientras que en algunos países los médicos especialistas prescriben tratamientos cuya dispensación es controlada por farmacéuticos, en España es el médico de Atención Primaria quien se encarga de renovar las prescripciones. Una posible ventaja de este sistema es que permite al médico tener un mayor control sobre todos los fármacos que toma su paciente.

No existen estudios exclusivamente pediátricos de este fenómeno. En general, la prescripción inducida supone un 25-50% del total de las prescripciones de los médicos de Atención Primaria, e incluso se han comunicado cifras en torno al 60-70% cuando se incluyen renovaciones de recetas para tratamientos crónicos<sup>33-37</sup>.

Los médicos de Atención Primaria están en desacuerdo con el 10-25% de esas prescripciones<sup>33,36,37</sup>, pero la mayoría de las veces las mantienen pese a su desacuerdo<sup>36</sup>. La prescripción inducida es de precio superior a la propia e incluye menos especialidades genéricas<sup>36</sup>. Aunque la proporción de fármacos de "valor terapéutico bajo" es igual<sup>34,35,36</sup>, la prescripción inducida no cumple muchos otros de los criterios específicos de calidad de prescripción que se emplean en Atención Primaria<sup>33</sup>.

En conclusión, el sistema sanitario español está constituido de manera tal que sobrecarga a los médicos de Atención Primaria con una tarea burocrática, consistente en rellenar un formulario (recetar) que se necesita para la contabilidad (facturar), lo que no constituye un acto clínico (prescribir) y sí un acto administrativo. Se necesitan medidas que corrijan esta anomalía mediante la adopción de modelos como los que han propuesto la AEPap y otras sociedades<sup>38</sup>, de modo que el acto administrativo y el acto clínico no se confundan. Pero, además, es necesario que médicos de familia y pediatras de Atención Primaria tomen mayor participación en

todo el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de sus pacientes, cuando se trata de problemas abordables desde la Atención Primaria. Más recursos diagnósticos y mayor capacidad resolutoria en Atención Primaria también son importantes.

## INDUSTRIA

La farmacéutica es una de las industrias más potentes a nivel mundial, con unas ventas en 2005 de 602.000 millones de dólares<sup>39</sup>, es decir... ¡100 dólares por cada habitante del planeta! Sus beneficios proceden principalmente de las ventas en los países desarrollados, donde se consume la mayor parte de las medicinas (sólo en Estados Unidos se vende más del 40% de las medicinas del mundo<sup>39</sup>). La situación en el Tercer Mundo es distinta: algunas compañías farmacéuticas usan allí turbios métodos de promoción<sup>40</sup> y realizan investigaciones clínicas con escaso control de la administración<sup>41</sup>, mientras que gran parte de la población tiene dificultades para conseguir recursos básicos para atender problemas graves de salud, y sólo recientemente la Organización Mundial del Comercio ha aprobado un mecanismo de provisión de medicamentos baratos a estos países.

Una parte importante de los rendimientos económicos de la industria farmacéutica se invierte en investigación de nuevas moléculas. Las compañías farmacéuticas declaran que el proceso de generación de un nuevo fármaco requiere una inversión de unos 500 millones de dólares, una cifra que se ha criticado por organizaciones independientes, que sitúan la inversión real en una cuarta parte de esa cantidad<sup>42</sup>. La patente de un fármaco nuevo dura 20 años, una parte de los cuales se invierten en investigación y desarrollo, de modo que la industria se aplica en promocionar esas moléculas nuevas para situarlas en un buen lugar del ranking de ventas mientras la patente está en vigor.

La relación entre industria y medicina es difícil de desenmarañar<sup>43,44</sup>. La asistencia sanitaria es un servicio público que genera gastos y mueve dinero. Una parte importante de ese dinero va a parar a la industria farmacéutica, que suministra los productos terapéuticos

que el médico necesita para atender adecuadamente a sus pacientes. La bondad de esta relación entre industria y medicina se basa en dos supuestos. Primero, que la industria oferta medicinas nuevas que son mejores que las que ya existen (porque son más eficaces, más seguras, más baratas, más ecológicas o más fáciles de administrar), o medicinas que pueden emplearse en enfermedades que no tenían tratamiento eficaz anteriormente. Segundo, que los médicos prescriben esas medicinas porque la información científica sobre ellas les hace pensar que son la opción más razonable para sus pacientes en general, o para determinados pacientes individuales.

### Industria e investigación

Actualmente son muy raras las grandes investigaciones acerca de la eficacia y la seguridad de fármacos que no estén financiadas por la industria farmacéutica. La industria orienta esa investigación hacia productos con buenas perspectivas de mercado en los países desarrollados. Cabría esperar que el resultado de la investigación sea la producción de medicinas útiles y seguras, que puedan usarse durante mucho tiempo. Sin embargo, muchos fármacos nuevos, que alcanzan rápidamente una alta cuota de ventas, son del tipo *me too*: fármacos cuyo principal argumento de promoción es que funcionan igual que otros que ya existen<sup>45</sup>. Además, un 20% de los fármacos nuevos es retirado del mercado o se restringe su uso por reacciones adversas graves<sup>46</sup>.

A veces, los resultados de la investigación realizada por la industria no se hacen públicos, o están sesgados a favor de los intereses comerciales de la empresa. Varios estudios<sup>47-52</sup> han demostrado que los resultados de la investigación financiada por la industria tienden de manera sistemática a ofrecer mejores perspectivas sobre eficacia y seguridad de los fármacos. Pero no es que la investigación financiada tenga una calidad "formal" menor que la investigación independiente. La causa del sesgo parece residir en la publicación selectiva de los mejores resultados, descartando dar a conocer resultados menos satisfactorios. El riesgo de que las publicaciones biomédicas acaben siendo herramientas de pro-

moción al servicio de la industria farmacéutica ha preocupado a los editores de las principales revistas, que intentan delimitar qué parte de responsabilidad tienen los investigadores y los patrocinadores en todo el proceso de investigación y publicación<sup>53</sup>, así como obligar al previo registro de todos los ensayos clínicos que vayan a ser publicados<sup>54</sup>.

### Industria y prescripción médica

Muchos médicos creen que la relación con la industria farmacéutica no influye en sus hábitos de prescripción. Sería sorprendente que una de las industrias más poderosas del planeta empleara tanto dinero en promocionar sus productos de un modo ineficaz. Aunque no es éste un aspecto sobre el que se haya investigado demasiado, los datos que existen sugieren una realidad bastante diferente<sup>55</sup>.

La industria accede al médico por varios caminos. Uno son los congresos, donde instala *stands* en los que regala muestras, juguetes, libros y otras baratijas ("pichigüllis")<sup>56</sup>. Durante los congresos son también habituales las comidas organizadas por los representantes, sin contar con que el viaje, la inscripción en el congreso, y el alojamiento del médico, y muchas veces de su cónyuge y algunos de sus hijos, corren frecuentemente a cargo de la industria. Además, en todos los congresos grandes se vende la organización de simposios, que son un escaparate de los productos que la industria desea promocionar.

Otra manera de acceder a los médicos es la organización de charlas locales en las que la industria paga a un conferenciante para que hable de algún tema relacionado con sus productos. La asistencia a la charla suele incluir una comida y a veces otras actividades de ocio y alojamiento durante uno o más días. Son menos habituales los pagos para viajes, eventos deportivos o culturales, o alojamiento vacacional no vinculados a alguna presentación comercial-científica de mayor o menor entidad. Aunque en teoría la calidad de la exposición científica no guarda relación con los aspectos turísticos, muchas de estas actividades tendrían muy poca audiencia si no incluyeran comidas y hospedaje.

Pero aunque se rechacen todas estas invitaciones, el médico tiene contacto con los representantes farmacéuticos cada día. La mayoría de esos contactos son breves, aunque en total pueden llegar a ocupar media hora o más de la jornada laboral. El contenido de las entrevistas suele incluir una charla amigable, la entrega de material promocional, información acerca de los medicamentos de la empresa, entrega de pequeños regalos y, a veces, ofrecimiento para financiar libros, asistencia a congresos o cursos, etc. Esta "visita médica" es una actividad muy apreciada por la industria, que en ocasiones se ha mostrado dispuesta a pagar a los médicos por recibir a sus representantes<sup>57</sup>.

Los médicos ven a veces ese contacto como una manera de mantenerse al día sobre las novedades terapéuticas. De hecho, los médicos utilizan como fuente de información más a la industria farmacéutica que a las sociedades científicas, colegios profesionales o instituciones sanitarias, al mismo tiempo que consideran las actividades patrocinadas por la industria como de bastante calidad, superior a la información dada por las instituciones sanitarias<sup>27</sup>. El aprendizaje de esta relación durante el período de formación del médico es importante, porque una relación frecuente en ese período se relaciona con una mayor confianza en la información dada por la industria y mayor disposición a mantener ese contacto en el futuro.

Sin embargo, varios estudios han puesto en evidencia que la información que dan los representantes tiene más importancia comercial que científica<sup>58</sup> y no es fiable<sup>59,60</sup>, por lo que no resulta extraño que los médicos que más confianza depositan en esa información son también los que tienen prácticas de prescripción menos racional<sup>61-65</sup>.

En ocasiones la promoción de medicamentos se enmascara en forma de "estudios de investigación", en los que algunos médicos aceptan colaborar con la industria para hacer un "seguimiento" a pacientes tratados con sus productos. En un estudio español, un 78% de los médicos de familia refería haber participado en un estudio de investigación patrocinado por un laboratorio far-

macéutico en los cinco años anteriores<sup>66</sup>. Otra forma de promoción son las muestras gratuitas que los representantes entregan a los médicos y que también influyen en la prescripción<sup>67</sup>.

Finalmente, la información puede llegar al médico a través de anuncios publicados en las revistas que lee. Las declaraciones que se hacen en esos anuncios muchas veces son incorrectas, e incluso no se corresponden con las que se dan en publicaciones científicas en las que supuestamente se basan<sup>68</sup>.

En un nivel más amplio, la industria activa mecanismos de relaciones públicas<sup>69</sup>, forma y paga a terceros para que sean sus portavoces y actúen como sus publicistas<sup>70-72</sup>, y establece relaciones con las sociedades científicas, las revistas médicas y, cada vez más, con el público. Los congresos de muchas sociedades, más que actividades de formación e intercambio profesional, son escaparates alquilados a la industria. Muchas sociedades mantienen grupos de expertos que no declaran sus conflictos de intereses. Algunos autores se preguntan si deberían aumentarse las cuotas a los socios para que las sociedades sean más independientes<sup>73</sup>. Por su parte, las revistas venden suplementos que son totalmente financiados por la industria para que en ellos se publique lo que la industria quiere<sup>74</sup>. La industria también busca la relación directa con los pacientes. Muchas iniciativas de la industria aparentemente orientadas a la educación sanitaria o al apoyo a agrupaciones de pacientes no son sino publicidad<sup>75</sup>. En los países que permiten la publicidad directa al público de los fármacos de prescripción, se generan muchos problemas para el médico<sup>76,77</sup>.

En resumen, la información procedente de la industria no parece la mejor y más objetiva para que el médico base en ella sus actuaciones. Sin embargo, la industria financia una gran parte de las actividades de formación de los médicos. Pese a que la mayoría de las prescripciones en España se hace en el sistema público, las administraciones sanitarias no actúan como si la formación adecuada de sus profesionales fuera una de sus prioridades, y dejan a la industria el campo libre en esta área.

¿Qué se puede hacer? La conciencia sobre el problema ha aumentado algo con iniciativas como [www.nofree.lunch.org](http://www.nofree.lunch.org). Por otra parte, la industria farmacéutica española<sup>78</sup> (tabla II) e internacional<sup>79</sup> ha editado códigos de buena práctica que procuran delimitar el grado de intimidad que los médicos y la industria pueden establecer: La administración ha establecido unos criterios acerca de la publicidad de los medicamentos e impuesto restricciones a las relaciones de médicos e industrial<sup>80-81</sup>. Los Colegios de Médicos han emitido declaraciones avisando de los riesgos éticos de las relaciones con la industria farmacéutica<sup>82</sup>. Algunas asociaciones médicas han formulado sus propios códigos de buena práctica en esas relaciones: destacaremos aquí a la AEPap<sup>83</sup> y al American College of Physicians<sup>84</sup> (tabla III). Dada la especial sensibilidad de los médicos en formación, algunas instituciones prohíben el contacto de los residentes con representantes<sup>85</sup>. Una

visión general de la regulación de las relaciones entre médicos e industria puede leerse en un artículo del BMJ<sup>86</sup>. Todas esas medidas tienen un alto riesgo de fracasar por tres motivos. Por un lado, la industria necesita promocionar sus productos, exactamente igual que cualquier otro producto de consumo. Por otra parte, los médicos reflexionan poco sobre sus propias conductas en relación con la industria, y algunos sienten que los regalos, viajes, comidas, etc., son un derecho. Finalmente, la administración sanitaria no considera la formación como actividad estratégica, al tiempo que gasta millones en medicinas cada vez más caras que llenan las arcas de la industria.

## PACIENTES

Para Barber<sup>4</sup> no hay prescripción de calidad si no se respetan las preferencias del paciente. Desde la formu-

**Tabla II.** Extractos del código español de buenas prácticas para la promoción de los medicamentos

"La información sobre los medicamentos debe ser precisa, equilibrada, honesta y objetiva, y ser lo suficientemente completa para permitir al destinatario juzgar por sí mismo el valor terapéutico del medicamento."

"Cuando el material de promoción se refiera a estudios publicados, éstos deben ser fielmente reproducidos u ofrecer una clara referencia que permita conocerlos o encontrarlos."

"En este sentido, y a título de ejemplo, cuando se compare la eficacia, seguridad u otras propiedades de diferentes principios activos como instrumento publicitario, no pueden omitirse informaciones como la significación estadística de los resultados, ni comparar resultados de diferentes estudios o ensayos clínicos en un mismo cuadro o gráfico sin clarificaciones excepto si la fuente es un metaanálisis. Tampoco se pueden mezclar ni comparar estadísticas, ni conclusiones, ni cualquier otro dato de distintos estudios realizados con distintas metodologías, salvo que procedan de revisiones sistemáticas o metaanálisis en los que se expresen los criterios de homogeneidad."

"En todo el material relativo a medicamentos y a sus usos que esté patrocinado por una compañía farmacéutica tiene que constar claramente el patrocinador:"

"No podrán otorgarse, ofrecerse o prometerse obsequios, ventajas pecuniarias o en especie a los profesionales sanitarios implicados en el ciclo de prescripción, dispensación y administración o al personal administrativo para incentivar la prescripción, dispensación, suministro y administración de medicamentos, salvo que se trate de obsequios de poco valor y relacionados con la práctica de la medicina o la farmacia."

"La hospitalidad en manifestaciones de carácter profesional o científico debe ser siempre razonable y su coste no puede exceder del que los destinatarios estarían normalmente dispuestos a pagar en las mismas circunstancias."

"La hospitalidad debe ser siempre accesoria en relación con el objeto principal de la reunión."

"La hospitalidad no debe extenderse a otras personas distintas a profesionales sanitarios."

"Cuando las reuniones, congresos, simposios y actos similares estén patrocinados por compañías farmacéuticas, este hecho se hará constar en todos los documentos relativos a la reunión y también en cualquier trabajo, ponencia o documento que se publique en relación con éstos."

"Podrán entregarse muestras durante un tiempo máximo de dos años contados desde la fecha de autorización del medicamento."

"Los estudios de postautorización deben llevarse a cabo respetando los requisitos que imponga la legislación aplicable y con una intención fundamentalmente científica o formativa. Estos estudios no deben emprenderse simplemente como un procedimiento para promocionar un producto o con el fin de inducir a la prescripción a los profesionales sanitarios."

**Tabla III.** Posicionamiento respecto a la relación con la industria. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine

**Posición 1.** Se desaconseja fuertemente la aceptación individual por un médico de regalos individuales, alojamiento, viajes y subsidios de todo tipo por parte de la industria. Los médicos no deberían aceptar regalos, alojamiento, servicios y subsidios de la industria si ello puede disminuir, o hacer parecer a otros que disminuye, la objetividad de los juicios profesionales. Preguntas útiles para determinar si esas relaciones son éticamente apropiadas incluyen:

- ¿Qué pensarían mis pacientes sobre ello?
- ¿Qué pensaría el público?
- ¿Cómo me sentiría si esta relación fuera descubierta en los medios de comunicación?
- ¿Cuál es el propósito del ofrecimiento que me hace la industria?
- ¿Qué pensarían mis colegas sobre este acuerdo?
- ¿Qué pensaría yo si mi propio médico aceptara esta oferta?

**Posición 2.** Los médicos que tienen relaciones financieras con la industria, como investigadores, conferenciantes, consultores, inversores, owners, partners, employees, o cualquier otra, no deben en ninguna manera comprometer sus juicios clínicos objetivos, ni el mejor interés de sus pacientes o sujetos de investigación. Los médicos deben manifestar su interés financiero en cualquier medical facilities or office-based investigation desde las cuales refieran o recluten pacientes

lación del modelo biopsicosocial y de la relación orientada al paciente<sup>87</sup>, los médicos procuran con mayor o menor éxito conocer las preferencias de sus pacientes e incluirlas en sus esquemas de decisión. Hay dos cuestiones que hay que considerar en este aspecto. La primera es decidir en qué situaciones y hasta qué punto puede un médico tener en consideración las preferencias del paciente por encima de otros argumentos.

La satisfacción de los pacientes es una medida comúnmente usada de calidad de la atención, pero con frecuencia no concuerda con criterios más objetivos de calidad técnica<sup>88</sup>. Los pacientes están expuestos a influencias culturales y a información poco exacta, que procede de su entorno social y a veces de los medios de comunicación<sup>89</sup>. Es frecuente que las creencias de los pacientes sobre la utilidad o la seguridad de los medicamentos se aparten mucho de lo que científicamente se puede establecer. Ha ocurrido que ciertos pacientes exijan ser tratados con productos ilegales y sin ningún tipo de control sanitario<sup>90-91</sup>. Sin llegar a esos extremos, es frecuente que los pacientes tengan ideas predeterminadas sobre la utilidad de los medicamentos y el beneficio que pueden esperar de ellos.

Otro aspecto es hasta qué punto los médicos se sienten presionados por las expectativas de los pacientes y

acceden a sus demandas. En varios estudios<sup>92-93</sup> se ha puesto de manifiesto que la percepción por los médicos de que los pacientes esperan una prescripción es un determinante mayor en la decisión de prescribir. La indicación médica sigue siendo el condicionante principal de la conducta del médico, pero incluso tras ajustar el análisis por ese factor hay una clara influencia de la percepción por parte del médico de una expectativa del paciente sobre su decisión de prescribir; examinar; hacer otros estudios o derivar<sup>94</sup>.

La investigación cualitativa<sup>95-96</sup> pone de manifiesto que con algunas prescripciones los médicos buscan mantener la confianza del paciente, evitar dar la impresión de “no hacer nada” y evitar problemas legales. Para los pacientes la necesidad de una buena relación con el médico también existe, y la insatisfacción con la consulta se relaciona más con sentirse “arrasados” en la consulta o con no recibir explicaciones que con recibir o no una prescripción<sup>95</sup>.

En el caso concreto de la pediatría, la prescripción inadecuada de antibióticos es un problema ampliamente reconocido<sup>97</sup>, y los pediatras identifican la presión de los padres como uno de los más importantes factores que dan lugar a esta prescripción inadecuada<sup>98,99</sup>.

En conclusión, los pacientes tienen sus propias creencias y expectativas respecto a los medicamentos. Expresadas o no, estas expectativas son percibidas por los médicos e influyen en su conducta. Las causas de esta influencia y cómo manejarla no han sido suficientemen-

te estudiados, aunque parece recomendable que los médicos de Atención Primaria aprendan a investigar de manera más abierta las expectativas de los pacientes para poder actuar sobre ellas.

## Bibliografía

- World Health Organization. Conferencia de expertos sobre uso racional de los medicamentos. Nairobi (Kenia), 25-29 de noviembre de 1985. [Fecha de acceso: 30 jul 2006]. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/WHO\\_CONRAD\\_WP\\_RI\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/WHO_CONRAD_WP_RI_spa.pdf)
- Parish PA. Drug prescribing: the concern of all. *R Soc Health J*. 1973;93:213-7.
- Danish Medicines Agency. Institute for Rational Pharmacotherapy. What is rational pharmacotherapy? [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.irf.dk/en/about\\_irf/](http://www.irf.dk/en/about_irf/)
- Barber N. What constitutes good prescribing? *BMJ*. 1995;310:923-5.
- Martín Moreno S. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:299-306.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe del Grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario. Julio 2005. [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en <http://documentacion.meh.es/doc/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/IGTGS2005.pdf>
- IMS Health. Leading Products by Global Pharmaceutical Sales, 2005. [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6599\\_77478579\\_77479663,00.html](http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6599_77478579_77479663,00.html)
- Shortell SM, Waters TM, Clarke KWB, Budetti PP. Physicians as double agents. Maintaining trust in an era of multiple accountabilities. *N Engl J Med*. 1998;280:1102-8.
- Ruiz García A, Villares Rodríguez JE, Sánchez Aznar P. Motivación, incentivación y satisfacción profesional. *Cuad Gest Prof Aten Prim*. 2001;7:85-91.
- Armour BS, Pitts MM, MacLean R, Cangialose C, Kishel M, Imai H, et al. The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Arch Intern Med*. 2001;161:1261-6.
- Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitación, sueldo, tarifa por servicio y sistemas mixtos de pago: efectos sobre la conducta de los médicos de Atención Primaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: [www.update-software.com](http://www.update-software.com). (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Giuffrida A, Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sergison M, Leese B, et al. Pagos por objetivos en la Atención Primaria: efectos sobre la práctica profesional y sobre los resultados de la atención de salud (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: [www.update-software.com](http://www.update-software.com) (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Hillman AL, Pauly MV, Kerstein JJ. How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations? *N Engl J Med*. 1989;321:86-92.
- Debrock L, Arnould RJ. Utilization control in HMOs. *Q Rev Econ Finance*. 1992;32:31-53.
- Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med*. 2006;355:375-84.
- García Quintáns A, Puime Montero P, Machín Fernández AJ. Mejora de los servicios de Atención Primaria a través de la estandarización de objetivos, documentación, evaluación e incentivos. *Cuad Gest Prof Aten Prim*. 2002;8:179-91.
- Hemenway D. Financial incentives for childhood immunization. *J Policy Anal Manage*. 1995;14:133-9.
- Hillman AL, Ripley K, Goldfarb N, Nuamah I, Weiner J, Lusk E. Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in Medicaid managed care. *Am J Public Health*. 1998;111:699-701.
- Kouides RW, Bennett NM, Lewis B, Cappuccio JD, Barker WH, LaForce FM. Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. *Am J Prev Med*. 1998;14:89-95.
- Prieto MA, March JC, Gutiérrez P, Carmona G. Motivación e incentivos: percepciones diferentes de gestores y profesionales. *Aten Primaria*. 1998;22:220-6.
- Pomar JM, Pareja A, Pou J, Llobera J, Fuster J, Tamborero G. Valoración de un sistema de incentivos por los profesionales de Atención Primaria de Mallorca. *Aten Primaria*. 1997;19:301-6.
- Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Jaffe D, Bindman AB. Primary care physicians' experience of financial incentives in managed-care systems. *N Engl J Med*. 1998;339:1516-21.
- Sulmasy DP, Bloche MG, Mitchell JM, Hadley J. Physicians' ethical beliefs about cost-control arrangements. *Arch Intern Med*. 2000;160:649-57.

24. Pereira AG, Pearson SD. Patient attitudes toward physician financial incentives. *Arch Intern Med.* 2001;161:1313-7.
25. Pearson SD, Kleinman K, Rusinak D, Levinson W. A trial of disclosing physicians' financial incentives to patients. *Arch Intern Med.* 2006;166:623-8.
26. Prieto Orzanco A, Planes Magriñà A, Vázquez Díaz JR. Ética y estética de los sistemas de incentivos económicos directos: encrucijadas entre la eficiencia y la equidad en la práctica clínica. *Aten Primaria.* 2000;26:21-2.
27. Encuesta de la Organización Médica Colegial (OMC) sobre los factores que intervienen en la calidad de la prescripción médica en España. Diciembre 2005. [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/98234f49d83eb8bac1256d5c0041190c/08c6cdd8d836c4f2c1256fff00520820/\\$FILE/42-56%20Encuestas%20OMC.pdf](http://www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/98234f49d83eb8bac1256d5c0041190c/08c6cdd8d836c4f2c1256fff00520820/$FILE/42-56%20Encuestas%20OMC.pdf)
28. Arrabal Cano P. Medicina para pacientes y para gerentes. El Norte de Castilla, 17 de mayo de 2006. [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [http://servicios.nortecastilla.es/pg060517/prensa/noticias/Articulos\\_Opinion/200605/17/VAL-OPI-217.html](http://servicios.nortecastilla.es/pg060517/prensa/noticias/Articulos_Opinion/200605/17/VAL-OPI-217.html)
29. Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial Española. Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre la libertad de prescripción del médico (revisada en 1998). [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.unaves/cdb/ccdomc98a.html](http://www.unaves/cdb/ccdomc98a.html)
30. Rubiera López G, Gómez Castro MJ. El estándar de calidad de la prescripción. *Cuad Gest Prof Aten Prim.* 2004;10:195-204.
31. Institut Català de la Salut. Divisió d'Atenció Primària. Estàndar de qualitat de prescripció farmacèutica. Barcelona, feb de 2005. [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.gencat.net/ics/professionals/farm\\_presentacio.htm](http://www.gencat.net/ics/professionals/farm_presentacio.htm)
32. Ministerio de Sanidad y Consumo. Datos provisionales de facturación de receta médica. [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.msc.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm](http://www.msc.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm)
33. Fernández Liz E, Rodríguez Cumplido D, Diogène Fadini E. Prescripción inducida a médicos de Atención Primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Universitari Vall d'Hebron Aten Primaria. 2004;33:118-23.
34. Besco Villegas E, Pérez Martos M, Torrent Quetglas M, Llach Fernández A, Seguí Díaz M, Bartolozzi Castilla E, y cols. Prescripciones de utilidad terapéutica baja inducidas en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 1998;22:227-32.
35. Franzi Sisó A, Placencia Zarzoso ML, Rodríguez Latre L. Estudio de la prescripción inducida de las áreas básicas de salud de la Dirección de Atención Primaria Sabadell. *Aten Primaria.* 1997;20:408-14.
36. Ruiz de Velasco Artaza E, Unzueta Zamalloa L, Fernández Uría J, Santisteban Olavaria M, Lekue Alkorta I. Prescripción inducida en Atención Primaria de la Comarca de Bilbao. *Aten Primaria.* 2002;29:414-20.
37. Barceló Colomer E, Grau Bartomeu J, Serre Delcor N, Salgado Pineda M, Martí Dillet M, Hidalgo Ortiz M. Prescripción inducida, grado de conformidad y... ¿posibilidad de cambio en Atención Primaria? *Aten Primaria.* 2000;26:81-96.
38. Plataforma 10 minutos. Una nueva receta para el Sistema Nacional de Salud. La receta multiprescripción (manual, informática o electrónica). [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.aepap.org/pdf/recetaelectronica.pdf](http://www.aepap.org/pdf/recetaelectronica.pdf)
39. IMS Health. IMS Health Reports Global Pharmaceutical Market Grew 7 Percent in 2005, to \$602 Billion. [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6599\\_3665\\_77491316,00.html](http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6599_3665_77491316,00.html)
40. Silverman M, Lee PR, Lydecker M. The drugging of the Third World. *Int J Health Serv.* 1982;12:585-96.
41. Shah S. Globalization of clinical research by the pharmaceutical industry. *Int J Health Serv.* 2003;33:29-36.
42. Public Citizen. New study expected to significantly overstate drug industry R&D costs. [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.citizen.org/pressroom/release.cfm?ID=942](http://www.citizen.org/pressroom/release.cfm?ID=942)
43. Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement. *BMJ.* 2003;326:1189-92.
44. Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 2: Disentanglement. *BMJ.* 2003;326:1193-6.
45. Morgan SG, Bassett KL, Wright JM, Evans RG, Barer ML, Caetano PA, et al. "Breakthrough" drugs and growth in expenditure on prescription drugs in Canada. *BMJ.* 2005;331:815-6.
46. Lasser KE, Allen PD, Woolhandler SJ, Himmelstein DU, Wolfe SM, Bor DH. Timing of new black box warnings and withdrawals for prescription medications. *JAMA.* 2002;287:2215-20.
47. Singh D. Drug companies advised to publish unfavourable trial results. *BMJ.* 2003;326:1163.
48. Melander H, Ahlquist-Rastad J, Meijer G, Beerman B. Evidence based medicine-selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *BMJ.* 2003;326:1171-5.
49. Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ.* 2003;326:1167-76.
50. Cho MK, Bero LA. The quality of drug studies published in symposium proceedings. *Ann Intern Med.* 1996;124:485-9.
51. Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research. A systematic review. *JAMA.* 2003;289:454-65.
52. Kjaergard LL, Als-Nielsen B. Association between competing interests and authors' conclusions: epidemiological study of randomised clinical trials published in the BMJ. *BMJ.* 2002;325:249-52.
53. Editorial. Sponsorship, Authorship, and Accountability. *Ann Intern Med.* 2001;135:463-6.
54. DeAngelis CD, Drazen JM, Frizelle FA, Haug C, Hoey J, Horton R, et al. Clinical trial registration: a statement from the International Committee of Medical Journal Editors. *JAMA.* 2004;292:1363-4.

55. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? *JAMA*. 2000;283:373-80.
56. Ashton Smith C. Pichigüilis. State of the Art. The Txori-Herri Medical Journal. 1997;5. [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.udomfyc.org/descarga/tutores/PICHIGUILIS.PDF](http://www.udomfyc.org/descarga/tutores/PICHIGUILIS.PDF)
57. Spurgeon D. Doctors accept \$50 a time to listen to drug representatives. *BMJ*. 2003;326:9.
58. Baena Díez JM, López Mompó C, López Gosp D, Martínez Martínez JL, Ellacuría Torres A, Fuentes Rodríguez S. Buenos días señor visitador ¿algo nuevo que contar? Análisis de las especialidades farmacológicas presentadas por la industria farmacéutica en un área básica de salud. *Aten Primaria*. 2003;32:557-63.
59. Rivera Casares F, Richart Rufino MJ, Navas Cutanda J, Rodríguez Górriz E, Gómez Moruno C, Gómez García B. La información científica que la industria farmacéutica proporciona a los médicos de familia. *Aten Primaria*. 2005;36:14-8.
60. Ziegler MG, Lew P, Singer BC. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. *JAMA*. 1995;273:1296-8.
61. Caamaño F, Figueiras A, Gesta-Otero JJ. Influence of commercial information on prescription quality in Primary Care. *Eur J Public Health*. 2002;12:187-91.
62. Watkins C, Moore L, Harvey I, Carthy D, Robinson E, Brown R. Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: national cross sectional study. *BMJ*. 2003;326:1178-9.
63. Griffith D. Reasons for not seeing drug representatives. Lightning workload, cutting costs, and improving quality. *BMJ*. 1999;319:69-70.
64. Watkins C, Harvey I, Carthy P, Moore L, Robinson E, Brawn R. Attitudes and behaviour of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:29-34.
65. Caudill TS, Johnson MS, Rich EC, McKinney WP. Physicians, pharmaceutical sales representatives, and the cost of prescribing. *Arch Fam Med*. 1996;5:201-6.
66. Galán Herrera S, Delgado Marroquín MT, Altisent Trota R. Análisis de la relación entre el médico de Atención Primaria y la industria farmacéutica. *Aten Primaria*. 2004;34:231-47.
67. Chew LD, O' Young TS, Hazlet TK, Bradley KA, Maynard C, Lessler DS. A physician survey of the effect of drug sample availability on physicians' behavior. *J Gen Intern Med*. 2000;15:478-83.
68. Villanueva P, Peiró S, Librero J, Pereiró I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. *Lancet*. 2003;361:27-32.
69. Burton B, Rowell A. Unhealthy spin. *BMJ*. 2003;326:1205-7.
70. Moynihan R. Drug company secretly briefed medical societies on HRT. *BMJ*. 2003;326:1161.
71. Moynihan R. Urologist recommends daily Viagra to prevent impotence. *BMJ*. 2003;326:9-doi:10.1136/bmj.326.7379.9/a.
72. Koch K. Schering uses German medical association to promote HRT. *BMJ*. 2003;326:1161.
73. Ferrán Mercadé M. La financiación de las sociedades científicas y la industria farmacéutica. *Aten Primaria*. 2002;29:327-8.
74. Smith R. Medical journals and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows. *BMJ*. 2003;326:1202-3.
75. Herxheimer A. Relationships between the pharmaceutical industry and patients' organisations. *BMJ*. 2003;326:1208-10.
76. Tanne JH. Direct to consumer drug advertising is billion dollar business in US. *BMJ*. 1999;319:805.
77. Spurgeon D. Doctors feel pressurised by direct to consumer advertising. *BMJ*. 1999;319:1321.
78. Código Español de Buenas Prácticas para la Promoción de los Medicamentos. Reglamento de la Comisión Deontológica de la Industria Farmacéutica. Convenio entre Farmaindustria y la Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial. Abril 2002. [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.farmaindustria.es/index\\_secundaria\\_codigo.htm](http://www.farmaindustria.es/index_secundaria_codigo.htm)
79. Wager E. How to dance with porcupines: rules and guidelines on doctor's relations with drug companies. *BMJ*. 2003;326:1196-7.
80. Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano (BOE núm. 180, de 29). [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.agemed.es/actividad/legislacion/espana/docs/RCL\\_1994\\_2219Vigente.pdf](http://www.agemed.es/actividad/legislacion/espana/docs/RCL_1994_2219Vigente.pdf)
81. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE núm. 178, de 27 de julio de 2006). [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.agemed.es/actividad/legislacion/espana/docs/leyGarantia-julio06.pdf](http://www.agemed.es/actividad/legislacion/espana/docs/leyGarantia-julio06.pdf)
82. Declaración de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios de Médicos de España. Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias. Octubre de 2005. [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.aebioetica.org/rtf/medfarma.pdf](http://www.aebioetica.org/rtf/medfarma.pdf)
83. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Código de responsabilidad ética de la AEPap en relación con la industria. [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.aepap.org/socios/pdf/codigo\\_etico.pdf](http://www.aepap.org/socios/pdf/codigo_etico.pdf)
84. Coyle SL; Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Physician-Industry relations. Part 1: Individual physicians. *Ann Intern Med*. 2002;136:396-402.
85. McCormick BB, Tomlinson G, Brill-Edwards P, Detsky AS. Effect of restricting contact between pharmaceutical company representatives and Internal Medicine residents on posttraining attitudes and behaviour. *JAMA*. 2001;286:1994-9.
86. McGuaran A. Royal College issues new guidelines on gifts from drugs companies. *BMJ*. 2002;325:511.
87. Borrel i Carrió F, Cebrià i Andreu. Relación asistencial y modelo biopsicosocial. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3 ed. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1994. p. 58-69.
88. Rao M, Clarke A, Sanderson C, Hammersley R. Patients' own assessments of quality of primary care compared with objecti-

- ve records based measures of technical quality of care: cross sectional study. *BMJ*. 2006;333;19; originally published online 22 Jun 2006; doi: 10.1136/bmj.38874.499167.7C.
89. Moynihan R, Bero L, Ross-Degnan D, Henry D, Lee K, Watkins J, et al. Coverage by the news media of the benefits and risks of medications. *N Engl J Med*. 2003;342:1645-50.
  90. Los pacientes denuncian a Sanidad por omisión de auxilio. *El Mundo*, 8 de noviembre de 2002. [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/2002/11/08/salud\\_personal/1036760657.html](http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/2002/11/08/salud_personal/1036760657.html)
  91. Agencia Española del Medicamento. Nota informativa sobre productos ilegales Bio-Bac e Inmunobiol, 29 de octubre de 2002. [Fecha de acceso 31 jul 2006]. Disponible en [www.age.med.es/actividad/alertas/usoHumano/calidad/biobac.htm](http://www.age.med.es/actividad/alertas/usoHumano/calidad/biobac.htm)
  92. Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *BMJ*. 1997;315:1506-10.
  93. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations: a questionnaire study. *BMJ*. 1997;315:520-3.
  94. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Señor J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ*. 2004;328;444; originally published online 13 Feb 2004;doi:10.1136/bmj.38013.644086.7C
  95. Butler CC, Rollnick S, Roisin P, Baggs-Raport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ*. 1998;317:637-42.
  96. Paredes P, de la Peña M, Flores-Guerra E, Díaz J, Trostle J. Factors influencing physicians' prescribing behaviour in the treatment of childhood diarrhoea: knowledge may not be the clue. *Soc Sci Med*. 1996;42:1141-53.
  97. Calvo Rey C, Albañil Ballesteros R, Sánchez Méndez MY, Olivas Domínguez A. Patrones de prescripción de antibióticos en Atención Primaria. ¿Usamos racionalmente los antibióticos en Pediatría? *An Esp Pediatr*. 2000;52:157-63.
  98. Casaní Martínez C, Calvo Rigual F, Peris Vidal A, Álvarez de Laviada Mulero T, Díez Domingo J, Graullera Millas M, et al. Encuesta sobre el uso racional de antibióticos en Atención Primaria. *An Pediatr (Barc)*. 2003;58:10-6.
  99. Bauchner H, Pelton SI, Klein JO. Parents, physicians, and antibiotic use. *Pediatrics*. 1999;103:395-401.